

LA EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA TRES AÑOS DESPUÉS DE INGRESAR A HOSPITAL DE DÍA

EATING DISORDER PATIENTS EVOLUTION THREE YEARS AFTER INTAKE IN DAY HOSPITAL

Neli Escandón-Nagel*, Gloria Dada**,
Antoni Grau***, José Soriano****
y Guillem Feixas**

Resumen

Se analiza el curso de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en 24 mujeres atendidas en Hospital de Día, evaluándolas al inicio del tratamiento y 3 años después en factores de personalidad, motivación, síntomas psicológicos, severidad del TCA, autoestima, construcción del sí mismo, de las figuras parentales, polarización cognitiva y otras variables clínicas del trastorno. El 70,8 % completó el tratamiento y a los 3 años el 47,06% recayó. La evolución negativa de la enfermedad se asoció a gravedad del TCA, puntuaciones altas en recaída (Modelo Transteórico del Cambio), en apertura a la experiencia, largo periodo entre el inicio de los síntomas y el primer tratamiento, autopercepción de gordura, baja autoestima previa al TCA y tener una imagen negativa de la madre.

Palabras clave: Trastorno de la conducta alimentaria, hospital de día, recaída, seguimiento.

Abstract

Course of eating disorders (ED) in patients treated in Day Hospital is analyzed by evaluating 24 women at baseline and approximately 3 years after initial assessment, in several variables: personality factors, motivation, psychological symptoms, severity, self-esteem, self-construction, construction of parental figures and polarization. Clinical variables of the history of the disorder are also included. 70.8% of the patients completed treatment and, 3 years after intake, 47.06% relapsed. The following factors seem to be associated with negative course: severity of ED, high scores on relapse (Transtheoretical Model of Change) and opening to experience, long period between onset of symptoms and first treatment, self-perception of fatness body image? low self-esteem prior to ED, and negative perception of their mother.

Key words: Eating disorders, day hospital program, relapse, follow-up assessment.

Recibido: 30-07-14 / Aceptado: 13-02-17

Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) representan un problema de salud importante puesto que afectan no solo a la persona implicada, sino

también a su entorno social debido a las diversas consecuencias físicas, sociales y/o psicológicas que acarrea (Ministerio de Sanidad y Consumo de España, 2009).

Los TCA suelen iniciarse en la adolescencia o la adultez joven y tienden a manifestar un curso crónico aunque con reducción de síntomas a lo largo del tiempo (APA, 2013). Las tasas de recuperación son variadas, desde el 39% hasta el 64% (Castellini, Sauro, Mannucci, Ravaldi, Rotella, et al., 2011; Helverskov, Clausen, Mors, Frydenberg, Thomsen, et al., 2010; Hilbert, Bishop, Stein, Tanofsky-Kraff, Swenson, et al., 2012), al igual que las tasas de recaídas que van desde 11% a 41% (Carter, Mercer-

* Neli Escandón-Nagel, Universidad Católica de Temuco, Temuco, Chile, Universitat de Barcelona, Barcelona, España

** Gloria Dada y Guillem Feixas, Universitat de Barcelona, Barcelona, España

*** Antoni Grau, Institut de Trastorns Alimentaris, Barcelona, España

**** José Soriano, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España

E-Mail: neliescandon@yahoo.cl

REVISTA ARGENTINA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA XXVI p.p. 59-69

© 2017 Fundación AIGLÉ.

Lynn, Norwood, Bewell-Weiss, Crosby, et al., 2012; Castellini et al., 2011).

Es importante lograr una mayor comprensión de la evolución de los TCA a lo largo del tiempo, puesto que esto permitiría detectar mejor las necesidades de intervención de los pacientes y así ajustar los tratamientos, ahorrándose recursos a largo plazo.

Este estudio analiza el impacto de los factores de personalidad, motivación, psicopatología, autoestima, construcción del sí mismo y de las figuras parentales, y polarización cognitiva en la evolución de pacientes con TCA tratadas en Hospital de Día (HD). También se tienen en cuenta otras variables clínicas como la edad de inicio de los síntomas, el periodo transcurrido entre el inicio de los síntomas y el primer tratamiento, el número y duración de tratamientos previos para TCA, la duración del HD y el índice de masa corporal inicial (IMC).

Para estudiar la personalidad, esta investigación se basa en el modelo de los cinco grandes (Costa y McCrae, 2008) que define sendos factores de personalidad: neuroticismo, extraversión, apertura a la experiencia, amabilidad y responsabilidad. Una de las pocas publicaciones que analiza el impacto de estos factores en la evolución de los TCA es la de Deumens, Noorthoorn y Verbraak (2012), quienes encontraron que altas puntuaciones en apertura y bajas en neuroticismo se relacionan con mayor mejoría después del tratamiento, en tanto que puntuaciones elevadas en extraversión se asocian a menor mejoría.

La motivación se estudió a partir del modelo transteórico del cambio conductual (Prochaska y Velicer, 1997), según el cual éste se produce a través de 6 estadios que implican distintos grados de disponibilidad progresiva para cambiar: precontemplación, contemplación, decisión, acción, mantenimiento y terminación. La recaída es entendida como un retroceso en estas etapas. Según Mander, Teufel, Keifenheim, Zipfel y Giel (2013), actualmente la mayoría de los estudios sobre motivación y evolución del TCA consideran la motivación como un continuo gradual. Las pocas investigaciones que la evalúan como un proceso en fases diferenciadas (Mander, Wittorf, Teufel, Schlarb, Hautzinger et al., 2012; Mander et al. 2013) apuntan a que quienes se encuentran ambivalentes frente al cambio (contemplación) tienen menos éxito en la terapia, en tanto que quienes puntúan alto en mantenimiento, experimentan menor mejoría, ya que en este estadio los pacientes deben enfrentar distintas situaciones que los podrían llevar a recaer.

En relación a la psicopatología comórbida a los TCA y su impacto en la evolución del trastorno hay estudios que afirman que esta variable no afecta significativamente la evolución de estos pacientes

(Hellerskov et al., 2010) en tanto que otros señalan lo contrario (Davies, Bekker y Roosen, 2011; Deumens et al., 2012; Vall y Wade, 2015). Por otro lado, respecto a la gravedad del TCA, las publicaciones coinciden en que mientras menos síntomas, más probabilidades existen de mejorar (Castellini et al., 2011; Hellerskov et al., 2010; Vall y Wade, 2015).

Distintos autores coinciden en que una elevada autoestima en el pretratamiento se asocia a resultados positivos sostenidos en TCA (Fairburn, Peveler, Jones, Hope y Doll, 1993; La Mela, Maglietta, Lucarelli, Mori y Sassaroli, 2013).

En la presente investigación se estudian algunas aportaciones de la Teoría de los Constructos Personales de George Kelly (1955), que plantea, desde un enfoque constructivista, que cada persona desarrolla hipótesis implícitas de sí mismo y el mundo y las somete a prueba. Mientras funcionan, sirven para predecir y anticipar los acontecimientos y de no ser así, se revisan. De este modo, la persona atribuye significado a su experiencia de forma tal que la conducta deviene una forma de contrastar hipótesis. El sistema de significados del que se derivan estas hipótesis está formado por constructos personales, que son dimensiones evaluativas bipolares que discriminan entre distintos elementos en función de la abstracción de un atributo. La persona suele atribuir mayor deseabilidad a uno de los dos polos y menor deseabilidad al otro (Botella y Feixas, 1998). Tomando un ejemplo de Feixas y Cornejo (1996) “para Ana, Juan y Pedro resultan simpáticos en contraste con Eduardo, que es distante. La dimensión simpático-distante le permite a Ana discriminar entre estas tres personas y otorgar significado a su experiencia con ellos” (p. 11-12).

La Técnica de la Rejilla (TR) (Feixas y Cornejo, 1996; Kelly, 1955), es el instrumento de evaluación más utilizado para conocer el sistema de constructos de una persona, arrojando distintos índices, como los referidos a la construcción del sí mismo, entre los que destaca la discrepancia entre el yo y el yo ideal, entendido como una medida de autoestima; la diferenciación entre el yo y los otros, que informa sobre el aislamiento social autopercebido; y la diferenciación entre el ideal y los otros, que alude a la adecuación percibida en los otros. Otro índice es la polarización, que informa sobre la presencia de valoraciones extremas en la utilización de determinado(s) constructo(s), lo que se traduce en rigidez cognitiva (Feixas y Cornejo, 1996).

Desde esta perspectiva constructivista, Button (1983) señala que los TCA surgen a partir del fracaso en anticipar acontecimientos sociales, de modo que la persona tiene dificultades para elaborar su construcción del sí mismo en su contexto social. Es probable que distintos significados relacionados con el

sí mismo y con las relaciones interpersonales hayan sido invalidados en el pasado provocando malestar, a partir de lo cual los constructos relacionados con el peso y la figura adquieren un papel central en la identidad, constituyéndose en aspectos sobre los cuales la persona busca ejercer control y obtener validación. En esta misma línea Gismero y Godoy (2004) afirman que, en relación a las pacientes con anorexia, la autoexigencia y el control son estrategias para obtener la validación en el contexto social, logrando así mayor confirmación y protección de parte de los otros. Fransella y Crisp (1979) señalan que la mejoría solo es posible cuando los constructos relacionados con el peso y la figura dejan de ocupar una posición central en el sistema de constructos personales, emergiendo nuevos significados en relación al sí mismo y los otros.

En estudios más recientes se ha observado que gran parte de las mujeres con TCA manifiestan rigidez cognitiva (Lucero, Román y Feixas, 2012) y presentan una alta polarización cognitiva y discrepancias entre el yo y el ideal, lo que se traduce en una baja autoestima (Feixas, Montebruno, Dada, del Castillo y Compañ, 2010). Según Dada, Feixas, Compañ y Montesano (2012), una percepción negativa de sí mismo y de los otros, junto con la edad y mayor peso, distinguen entre las mujeres estudiantes con alta insatisfacción corporal y aquellas que se sienten satisfechas.

Si bien se ha avanzado bastante en la comprensión psicológica de los TCA y se han realizado estudios en cuanto a la relación entre TCA y variables psicológicas como la personalidad (Roberts y Good, 2010; Sánchez, Herruzo y Pino, 2012), la autoestima (Lilienthal y Weatherly, 2013; Sánchez et al., 2012), la motivación (Nordbø, Espeset, Gulliksen, Skårderud, Geller, et al., 2012), etc., estos estudios no analizan el impacto que tienen estas variables en la evolución del trastorno, lo que constituye el objetivo principal de esta investigación.

Método

Participantes

La muestra inicial estuvo compuesta por 53 mujeres con diagnóstico de TCA dentro del primer mes de haber iniciado tratamiento en HD en dos centros especializados en TCA ubicados en Barcelona, España. No obstante, la muestra final fue de 24 personas, debido a distintas causas: con 11 mujeres no fue posible volver a contactar para la última evaluación, 8 no concedieron su autorización para esta evaluación, y 10 que habían ofrecido su autorización y con quienes se había acordado una respuesta mediante correo electrónico, no llegaron a enviar

la información solicitada. Para los datos finalmente utilizados, la edad inicial estuvo entre 18 y 34 años, con un promedio de 24,75 años (DT: 4,79). De las 24 pacientes, 5 reunían al inicio del tratamiento los criterios diagnósticos de bulimia nerviosa (BN), 7 de TCA no especificados (TCANE) y 12 de anorexia nerviosa (AN), de las cuales 6 eran subtipo purgativa (ANP) y 6 restrictiva (ANR). Debido al reducido tamaño de los subgrupos no se analizó la evolución de cada diagnóstico por separado. Respecto a los dos centros que participaron, 12 pacientes correspondían a uno y 12 al otro, sin embargo, debido a que existían grandes diferencias en la distribución de las categorías diagnósticas en la muestra de cada uno se decidió no realizar comparaciones entre centros. En la Tabla 1 se presenta la descripción de la muestra.

Instrumentos

Se administró un cuestionario sociodemográfico para recoger información general y se midió el IMC inicial. Además, se aplicaron los siguientes instrumentos:

- Cuestionario de Actitudes Alimentarias, EAT-40: evalúa el miedo a ganar peso, el impulso a adelgazar y patrones alimentarios restrictivos (Garner y Garfinkel, 1979). La validación española (Castro, Toro, Salamero y Guimerá, 1991) tiene un coeficiente de fiabilidad de 0,93.

- Inventario de Trastornos Alimentarios, EDI-2: tiene 11 subescalas, sin puntuación global (Garner, 1998). Si bien se administró completo, se utilizaron en este estudio solo 3 subescalas: obsesión por la delgadez (DT), bulimia (B) e insatisfacción corporal (BD). Fue adaptado en España por Corral, González, Pereña y Seisdedos (1998). La consistencia interna es de 0,83 a 0,93 en las distintas escalas (Garner, 1998).

- Cuestionario de 90 Síntomas, SCL-90-R: tiene 9 dimensiones psicopatológicas y arroja 3 índices globales, entre los que está el índice global de gravedad o severidad (GSI) (Derogatis, 2002), que es el único valor que se utilizó en este estudio. En su adaptación española (González de Rivera, de las Cuevas, Rodríguez-Abuín y Rodríguez-Pulido, 2002) se obtuvieron índices de consistencia interna y de fiabilidad test-retest entre 0,81 y 0,90.

- SCOFF: breve instrumento de cribado cuya puntuación varía entre 0 y 5, en que 2 o más puntos indican riesgo de TCA (Morgan, Reid y Lacey, 1999). Adaptado y validado en España por García-Campayo et al., (2005), quienes obtuvieron una sensibilidad de 97,7% y una especificidad de 94,4%.

- Cuestionario de Actitudes Alimentarias Frente al Cambio en los Trastornos de la Conducta Alimen-

Tabla 1. Descriptivos de las variables clínicas de la muestra

VARIABLES CLÍNICAS DE LA MUESTRA	MEDIA (DT)	RANGO
Edad de inicio de los síntomas	17,63 (5,41)	11-33
Periodo trascurrido entre el inicio de los síntomas y el primer tratamiento (en meses)	44,64 (60,45)	0-264
Número de tratamientos previos	1,21 (1,53)	0-6
Tiempo total de tratamientos previos (en meses)	21,83 (32,74)	0-135
Duración del tratamiento en HD (en meses)	4,58 (4,37)	1-20
IMC al inicio del tratamiento	20,06 (5,81)	14,50-42,33

taria, ACTA: creado en España para evaluar la actitud frente al cambio en los TCA, con base en el Modelo Transteórico del Cambio. Tiene 6 subescalas: precontemplación, contemplación, decisión, acción, mantenimiento y recaída. La consistencia interna para las subescalas está entre 0,74 y 0,90 (Fernández y Rodríguez, 2003).

- Eating Disorder Examination-Questionnaire, EDE-Q: tiene 4 subescalas: restricción, preocupación por el peso, la comida y la figura. Explora distintas formas de sobrealimentación (Fairburn, 2008). Validado en España por Villarroel, Penelo, Portell y Raich (2011), encontrándose una consistencia interna de 0,95. En este estudio solo se utiliza el puntaje total.

- Inventario NEO reducido de cinco factores, NEO-FFI: mide los cinco factores de personalidad del modelo de los cinco grandes (Costa y McCrae, 2008). La adaptación española de Cordero, Pamos y Seisdedos, (2008) arrojó propiedades psicométricas adecuadas, con índices de consistencia interna que oscilan entre 0,71 y 0,82 para cada subescala (Manga, Ramos y Morán, 2004).

- Escala de Autoestima de Rosenberg, RSES: desarrollada por Rosenberg (1965) inicialmente como una medida de la autoestima en adolescentes de uso muy extendido también en adultos. Validada en España por Vázquez, Jiménez y Vázquez-Morejón (2004), quienes obtuvieron un alfa de Cronbach de 0,87.

- Técnica de la rejilla, TR: evalúa la forma en que la persona da sentido a su experiencia. Para este estudio se utilizó un tipo de TR interpersonal en que se escogen distintos elementos (personas significativas de la paciente), a partir de los cuales se elicitaban constructos en base a las semejanza y diferencias que la persona evaluada establece entre los elementos. Luego, la persona puntúa a cada elemento en cada constructo bipolar, utilizando una escala Likert. Se obtiene así una matriz numérica que es analizada con el programa RECORD 4.0 (Feixas y Cornejo, 2002).

En este estudio se incluyó el constructo peso (“delgada” vs. “gorda”), para que la paciente puntuara a cada elemento según esta dimensión, de este modo fue posible valorar cómo se percibía a sí misma y a las personas significativas de su vida en este constructo. Además, se utilizaron las medidas de construcción del sí mismo correspondientes a distancia yo actual-yo ideal, que es un indicador de autoestima; correlación yo actual-otros, que informa sobre el aislamiento social autopercebido, indicando en qué medida la persona se percibe como similar o diferente a los otros; correlación yo ideal-otros, que alude a la adecuación percibida en los otros, es decir, si los otros presentan o no características que son consideradas positivas por la paciente; y distancia yo antes de que surgiera el TCA-yo ideal, que es un indicador de autoestima previa al desarrollo de la enfermedad. Se consideraron, además, índices relacionados con polarización cognitiva, los que informan respecto a la presencia de puntuaciones extremas en la rejilla, asociadas a un tipo de pensamiento “todo o nada”. Específicamente, se consideró la polarización del yo antes de que surgiera el TCA, del yo actual y del yo ideal. Finalmente, se analizó también la construcción de las figuras parentales, particularmente la distancia yo actual-madre y distancia yo actual-padre, que indican en qué medida la paciente se percibe como similar o diferente de sus padres; y la distancia madre-yo ideal y padre-yo ideal, que informan sobre la percepción de las figuras parentales como adecuadas o no.

Procedimiento

Las pacientes fueron evaluadas a menos de un mes de haber iniciado tratamiento en HD, administrándoles los siguientes instrumentos: TR; SCL-90-R; EDI-2; EAT-40; RSES; NEO-FFI; ACTA. El diagnóstico inicial lo realizaron los profesionales de cada centro en base a entrevistas y a toda la información disponible. Después de un periodo promedio de 3 años y 3 meses luego de la primera evaluación (DT: 4,79

Tabla 2. Resultados descriptivos de los instrumentos administrados solo en la primera evaluación

INSTRUMENTOS	MEDIA (DT)	RANGO
RSES	23,33 (5,92)	13-34
NEO-FFI (neuroticismo)	29,54 (8,50)	8-42
NEO-FFI (extraversión)	24,50 (8,55)	11-41
NEO-FFI (apertura)	26,88 (7,10)	18-48
NEO-FFI (amabilidad)	27,21 (5,98)	15-39
NEO-FFI (responsabilidad)	27,88 (8,36)	13-44
ACTA (precontemplación)	11,57 (9,89)	0-31
ACTA (contemplación)	16,23 (8,14)	0,91-28,18
ACTA (decisión)	18,75 (9,56)	0,91-32,73
ACTA (acción)	13,43 (0,28)	2-31
ACTA (mantenimiento)	28,24 (7,80)	16-38
ACTA (recaída)	19,32 (13,18)	0-40

Tabla 3. Resultados de la Técnica de Rejilla administrada solo al inicio del tratamiento

TÉCNICA DE LA REJILLA	MEDIA (DT)	RANGO
Polarización del yo antes de que surgiera el TCA	33,30 (22,78)	0-73,91
Polarización del Yo actual	26,50 (19,73)	0-70
Polarización del yo ideal	30,56 (15,62)	0-68,18
Correlación yo actual-otros	0,12 (0,34)	-1,4
Correlación yo ideal-otros	0,38 (0,30)	-1,37
Distancia yo actual-yo ideal	0,44 (0,36)	0,04-1,31
Distancia yo antes de que surgiera el TCA-yo ideal	0,41 (0,28)	0,03-1,05
Distancia yo actual-madre	0,45 (0,24)	0,09-0,96
Distancia yo actual-padre	0,49 (0,28)	0,09-1,22
Distancia madre- yo ideal	0,46 (0,34)	0,05-1,16
Distancia padre-yo ideal	0,41 (0,28)	0,07-1,13
Puntuación en el yo en el constructo peso	3,87 (1,90)	1-6

meses) y habiendo pasado en promedio 2 años y 10 meses (DT: 5,7 meses) de haber acabado el tratamiento, las pacientes fueron contactadas nuevamente para administrar los siguientes instrumentos: SCL-90-R; EDI-2; EAT-40; SCOFF; EDE-Q. Se les ofreció contestar de forma presencial o por correo electrónico.

Se obtuvo el consentimiento informado de cada participante, explicitándoles el derecho de cancela-

ción de su participación. En uno de los centros se contó con la aprobación del comité de ética, en tanto que en el otro solo se utilizó el consentimiento informado pues, según sus normativas, se solicitaba autorización al comité de ética solo si la investigación implicaba la aplicación de un tratamiento, condición que no se daba en este estudio. Se utilizó el programa RECORD 4.0 (Feixas y Cornejo, 2002) para analizar la TR y el SPSS 20.0 para el análisis estadístico general.

Resultados

Descriptivos

Los resultados descriptivos de los distintos instrumentos se encuentran en las Tablas 2 a 5. En la Tabla 2 y 3 están los resultados correspondientes a los instrumentos administrados solo al inicio; en la Tabla 4, los de la segunda evaluación y en la Tabla 5, aquellos que se midieron en ambas ocasiones.

Se utilizaron los rangos con signos de Wilcoxon, se asumió una α del 0,05 con la corrección de Bonferroni (p corregida $\leq 0,01$) para comparar los resultados obtenidos en los instrumentos que se aplicaron en las dos evaluaciones (Tabla 5) y se observó que no existen diferencias estadísticamente significativas. Sin embargo, en el EAT-40 destaca un tamaño del efecto moderado entre ambas puntuaciones ($d = 0,48$), al igual que en DT ($d = 0,48$) y BD ($d = 0,53$).

Presencia de TCA al seguimiento y recaída

Para analizar si las pacientes presentan o no indicadores de TCA en la segunda evaluación, se compararon los resultados obtenidos en 6 escalas aplicadas en esta fase: EAT-40, DT, B, BD, SCOFF y EDE-Q teniendo en cuenta los puntajes de corte de cada uno. Para determinar la presencia de TCA se consideró que cada paciente debía puntuar sobre el puntaje de corte en al menos 4 de las 6 escalas, definiéndose así dos categorías: con TCA (41,67%) y sin TCA (54,17%). No fue posible categorizar a una paciente (4,16%) puesto que 3 escalas indicaban la presencia de TCA, en tanto que las otras 3 no.

De las pacientes con TCA en el seguimiento a tres años, el 80% había alcanzado alta médica, el 10% había optado por alta voluntaria y otro 10% fue derivado, en tanto que, del grupo sin TCA, el 69,2% había logrado alta médica, el 23,1% había elegido alta voluntaria y el 7,7% fue derivado.

De las 24 pacientes evaluadas, el 70,8% obtuvo el alta médica, es decir, logró los objetivos terapéuticos al final del tratamiento en Hospital de Día, el 20,8% optó por el alta voluntaria y el 8,3% fue derivado a otros servicios.

Respecto a la presencia de recaída, de quienes habían logrado el alta médica, el 47,06% recayó, en tanto que el 52,9% se mantenía sin TCA en nuestro seguimiento.

Diferencias en la primera evaluación entre pacientes con y sin TCA en el seguimiento

Se compararon ambos grupos utilizando U de Mann-Whitney asumiendo una α del 0,05 con la corrección de Bonferroni ($p \leq 0,001$), sin que se encon-

traran diferencias estadísticamente significativas en las variables medidas al principio. No obstante, destaca la magnitud del efecto de algunas de estas diferencias. La DT fue mayor en el grupo con TCA ($d = 0,46$), al igual que la apertura a la experiencia del NEO-FFI ($d = 0,55$). Se encontraron diferencias de tamaño medio entre ambos grupos en cuanto al periodo transcurrido entre el inicio de los síntomas y el primer tratamiento ($d = 0,45$), siendo mayor este periodo en el grupo con TCA. Finalmente, respecto a la TR, a pesar de que tampoco se encontraron diferencias significativas, si se tiene en cuenta el tamaño del efecto, destacan diferencias de tamaño medio en cuanto a correlación yo ideal-otros ($d = 0,63$, grupo con TCA menor que grupo sin TCA); distancia madre-ideal ($d = 0,54$, grupo con TCA mayor que grupo sin TCA) y puntuación en el yo en el constructo peso ($d = 0,47$, grupo con TCA mayor que grupo sin TCA). Existen diferencias de gran tamaño entre ambos grupos en distancia yo antes de que surgiera el TCA-yo ideal ($d = 0,89$, grupo con TCA mayor que grupo sin TCA).

Diferencias entre el grupo que recayó y el que no, respecto a las variables medidas en la primera evaluación

Los resultados de ambos grupos de pacientes exitosas al finalizar el tratamiento, las que recayeron y las que no, fueron comparados utilizando la prueba U de Mann-Whitney, considerando la corrección de Bonferroni (p corregida $\leq 0,001$), sin que se encontraran diferencias estadísticamente significativas. No obstante, se encontraron diferencias de tamaño medio entre las puntuaciones obtenidas en el EAT-40 ($d = 0,62$, grupo con recaída mayor que grupo sin recaída), DT ($d = 0,54$, grupo con recaída mayor que grupo sin recaída), apertura del NEO-FFI ($d = 0,59$, grupo con recaída mayor que grupo sin recaída), acción del ACTA ($d = 0,53$, grupo con recaída menor que grupo sin recaída) y en recaída del ACTA ($d = 0,72$, grupo con recaída mayor que grupo sin recaída). Además, existen diferencias de tamaño medio entre ambos grupos en cuanto al periodo entre el inicio de los síntomas y el primer tratamiento ($d = 0,63$, grupo con recaída mayor que grupo sin recaída). En la TR destacan diferencias de tamaño medio en distancia yo antes de que surgiera el TCA-yo ideal ($d = 0,68$, grupo con recaída mayor que grupo sin), distancia madre-ideal ($d = 0,52$, grupo con recaída mayor que grupo sin recaída) y en puntuación en el yo en el constructo peso ($d = 0,73$, grupo con recaída mayor que grupo sin recaída). En correlación ideal-otros las diferencias fueron grandes ($d = 0,96$, grupo con recaída menor que grupo sin).

Tabla 4. Resultados de los instrumentos administrados solo en la última fase de evaluación

INSTRUMENTO	MEDIA (DT)	RANGO
SCOFF	2,04 (1,63)	0-5
EDE-Q	2,46 (1,88)	0,03-5,45

Tabla 5. Resultados de los instrumentos administrados en ambas fases de evaluación

INSTRUMENTO	PRIMERA EVALUACIÓN MEDIA (DT)		SEGUNDA EVALUACIÓN MEDIA (DT)		IC AL 95% DE LA DIFERENCIA	p	d
SCL-90-R GSI	1,28	(0,67)	1,19	(0,96)	-0,87	0,627	0,11
EAT-40	44,42	(24,00)	32,46	(25,72)	-24,26-0,35	0,063	0,48
EDI-2 (DT)	12,79	(6,07)	9,63	(6,96)	-6,6	0,074	0,48
EDI-2 (B)	3,57	(4,23)	3,29	(4,53)	-4,87	0,67	0,06
EDI-2 (BD)	16,13	(8,10)	11,50	(8,85)	-10,53	0,089	0,53

Correlaciones entre variables iniciales y al seguimiento

Se utilizó rho de Spearman para calcular correlaciones entre las variables medidas en la primera y última fase de evaluación. Se observó que, a mayor puntuación en el GSI de la última aplicación, mayor IMC en la primera fase ($\rho = 0,414$, $p = 0,044$), mayor puntuación en el yo en el constructo peso ($\rho = 0,482$, $p = 0,020$), menor correlación yo actual-otros ($\rho = -0,501$, $p = 0,013$), mayor distancia yo actual-yo ideal ($\rho = 0,432$, $p = 0,035$), mayor distancia madre-yo ideal ($\rho = 0,428$, $p = 0,035$) y mayor distancia yo antes que surgiera el TCA y yo ideal ($\rho = 0,435$, $p = 0,033$).

El EAT-40 administrado en la segunda aplicación correlacionó con correlación yo ideal-otros ($\rho = -0,410$, $p = 0,046$), distancia madre-yo ideal ($\rho = 0,444$, $p = 0,030$) y distancia yo antes de que surgiera el TCA-yo ideal ($\rho = 0,497$, $p = 0,013$).

La escala DT de la última aplicación también correlacionó significativamente con distancia yo antes de que surgiera el TCA-yo ideal ($\rho = 0,434$, $p = 0,034$).

En cuanto a B, a mayor puntuación en la segunda fase, menor correlación yo ideal-otros ($\rho = -0,425$, $p = 0,038$), mayor distancia madre-yo ideal ($\rho = 0,423$, $p = 0,039$) y mayor distancia yo antes de que surgiera el TCA y yo ideal ($\rho = 0,576$, $p = 0,003$). B también correlacionó con el puntaje en mantenimiento del ACTA al principio del tratamiento ($\rho = 0,454$, $p = 0,039$). En cuanto a BD, a mayor puntuación en esta escala en la segunda fase, menor correlación ideal-otros ($\rho = -0,415$, $p = 0,044$).

El EDE-Q correlacionó con distancia madre-ideal ($\rho = 0,409$, $p = 0,047$), en tanto que el SCOFF, que al igual que el EDE-Q, solo fue aplicado al final, correlacionó con apertura del NEO-FFI ($\rho = 0,433$, $p = 0,035$) y correlación yo ideal-otros ($\rho = -0,441$, $p = 0,031$).

Finalmente, mientras menor puntaje en decisión del ACTA al inicio del tratamiento, mayor duración del tratamiento en HD ($\rho = -0,484$, $p = 0,026$).

Discusión

Este estudio tuvo por objetivo evaluar la evolución de los TCA en pacientes que habían recibido tratamiento en HD. La mayoría (70,8%) había completado el tratamiento exitosamente y a los 3 años el 41,67% de toda la muestra mostró indicadores de TCA, porcentaje menor que el reportado por otras investigaciones (Castellini et al., 2011; Helverskov et al., 2010; La Mela et al., 2013). El porcentaje de recaída fue del 47,06%, mayor que el encontrado en el estudio de Castellini et al. (2011), pero similar al 41% obtenido por Carter et al. (2012) en pacientes con AN que siguieron tratamiento de HD. Debido a la extensión del período de seguimiento en este estudio, menos de la mitad de las pacientes pudo ser evaluada en el seguimiento, situación similar a lo ocurrido en el estudio de Helverskov et al. (2010).

En cuanto a los factores de personalidad destaca que la evolución negativa del trastorno se asoció a la apertura a la experiencia, lo que cuestiona lo encontrado por Deumens et al., (2012). Esto podría deberse a que la presencia de este factor supone un marcado interés por el mundo interno y externo,

es decir, entre otras cosas, implica prestar particular atención a las propias emociones, lo que podría traducirse en una hipersensibilidad o focalización excesiva hacia los estados internos y, por lo tanto, al menos en este estudio, se relacionó con psicopatología y malestar psicológico. También en discordancia con estos autores, el neuroticismo no parece afectar negativamente el curso de la enfermedad, lo cual podría deberse a que los aspectos que incluye este factor, tales como inestabilidad emocional, ansiedad, etc., son probablemente en los que puede haber incidido más un tratamiento con gran énfasis psicosocial como el HD.

Quienes tuvieron una evolución positiva del trastorno, ya desde el comienzo del tratamiento estaban implicadas en acciones tendientes a mejorar su salud, es decir puntuaron alto en acción del ACTA; a la vez que puntuaron bajo en este mismo instrumento en recaída al inicio del HD. Esto concuerda, en parte, con lo señalado por Mander et al., (2012) en pacientes con BN, es decir, que altos puntajes iniciales en mantenimiento se asociaron a la presencia de síntomas bulímicos en el seguimiento. Como era de esperar de acuerdo con el modelo transteórico de cambio, la motivación parece tener relación con la duración del tratamiento, ya que el estado de decisión al comienzo de la intervención se asoció a menor duración del HD.

Los pacientes con un curso desfavorable de la enfermedad tendieron a mostrar mayor severidad del TCA en la primera evaluación, específicamente puntuaron más alto en el EAT-40 y en la escala DT del EDI-2, lo que concuerda con lo encontrado en otros estudios (Castellini et al., 2011; Helverskov et al., 2010; La Mela et al., 2013). Sin embargo, los síntomas psicológicos, según nuestros resultados, no afectan el curso del TCA, confirmando lo señalado por Helverskov et al., (2010), aunque sería importante, en el futuro, evaluar la sintomatología general de modo más amplio que solo con el GSI.

La autopercepción de gordura al inicio se asoció a un curso negativo del TCA, lo que coincide con otras investigaciones que indican que la autoestima asociada a la sobrevaloración del peso y la silueta aumentan el riesgo de recaída y de desarrollar TCA (Lampard, Tasca, Balfour y Bissada., 2013; Lilienthal y Weatherly, 2013). Además, un elevado IMC inicial correlacionó con mayor sintomatología general a los 3 años, lo cual es contrario a estudios previos, ya que como observaron Vall y Wade (2015) en una revisión de la literatura, mientras mayor es el IMC al inicio del tratamiento, mejor será la evolución del TCA. Sin embargo, estos mismos autores señalan que aún se requieren más investigaciones sobre los predictores de resultados de tratamiento en TCA, ya que distintos estudios arrojan conclusiones dispa-

res, por lo que los resultados sobre este tema aún no son concluyentes.

Por otro lado, la discrepancia entre el yo ideal y la percepción del sí mismo antes de que surgiera la enfermedad, o sea el verse como inadecuada antes del TCA evaluada al inicio del tratamiento, se asoció a la presencia del TCA tres años después.

La autoestima, medida según el RSES, no parece repercutir en el curso del TCA, sin embargo, pudiera ser que una medida de autoestima global, como ésta, no sea tan adecuada, ya que distintos aspectos del autoconcepto influyen de distinto modo en el TCA (Collin et al. 2016; Sánchez, Herruzo y Pino, 2012). Por lo mismo, los indicadores de la TR podrían ser más útiles para estos fines. De hecho, una elevada distancia yo actual-yo ideal, que se relaciona con la baja autoestima, fue indicador de una elevada presencia de sintomatología general después de 3 años, lo que va en la línea de otros estudios como el de Erol, Toprak y Yazici (2001). Según Dada (2014) una elevada distancia yo actual-yo ideal, es un factor que permite distinguir a personas sanas de mujeres con TCA, pero, según nuestros resultados, parece ser que éste es también un factor de mal pronóstico para los TCA.

El grupo con un curso más favorable del TCA presentó en la primera evaluación una mayor correlación ideal-otros, es decir, mayor adecuación percibida en los otros que quienes evolucionaron negativamente. Además, mientras menor adecuación percibida en los otros, más sintomatología específica de TCA a los 3 años, lo cual va en la línea de lo encontrado por Dada et al. (2012) con estudiantes universitarias, respecto a que los indicadores de TCA se asocian a una percepción negativa de los otros, aspecto que se confirma en los resultados del presente estudio, en el que observamos una tendencia a que esta variable influya en la evolución de los TCA.

La TR nos permite indagar específicamente respecto a la construcción de las figuras parentales y los resultados sugieren que el hecho de tener una visión negativa de la figura materna al inicio del tratamiento (elevada distancia madre-ideal) se podría asociar a una evolución negativa de la enfermedad, lo que va en la línea de lo reportado en el estudio de Dada et al., (2012), quienes señalan que mujeres universitarias con indicadores de TCA presentan una percepción negativa de los otros. Sin embargo, según nuestros resultados, la imagen materna presenta mayor tendencia a repercutir en la evolución de la enfermedad que la figura del padre.

Un elevado periodo de tiempo entre el inicio de los síntomas y el primer tratamiento se asoció a un mal pronóstico del TCA, lo que resalta la importancia de la detección temprana e intervención oportuna de este tipo de patologías, de forma tal de

disminuir las probabilidades de que la enfermedad se vuelva crónica. Esto va en la línea de los aportes de van Son, van Hoeken, van Furth, Donker y Hoek (2010), quienes señalan que la detección del TCA a una edad temprana es un factor predictor de los resultados de tratamiento. Las variables correspondientes a edad de inicio de los síntomas, cantidad y duración de tratamientos previos, y duración del tratamiento en HD no parecen influir en la evolución posterior de la enfermedad.

Una de las principales limitaciones de este estudio es el pequeño tamaño muestral, a partir de lo cual se hace necesario considerar estos resultados con cautela. Debido a que la muestra fue pequeña no se analizaron las diferencias entre las categorías diagnósticas, por lo que, en futuras investigaciones sería útil realizar análisis comparativos entre los distintos diagnósticos de TCA (de acuerdo con la clasificación más reciente) respecto a las variables aquí estudiadas. Por el mismo motivo, no se pudieron realizar comparaciones entre los dos centros que participaron en el estudio, aunque el tratamiento pueda haber tenido ingredientes algo distintos aun tratándose en ambos centros de HD.

REFERENCIAS

- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. (5ª Ed.). Washington: Autor.
- Botella, L. y Feixas, G. (1998). *Teoría de los Constructos Personales: aplicaciones a la práctica psicológica*. Barcelona: Laertes.
- Button, E. J. (1983). Construing the anorexic. En J. Adams-Webber, & J. Mancuso, *Application of personal construct theory*, (pp. 305-329). Toronto: Academic Press
- Carter, J. C., Mercer-Lynn, K. B., Norwood, S. J., Bewell-Weiss, C. V., Crosby, R. D., Woodside, D. B., et al. (2012). A prospective study of predictors of relapse in anorexia nervosa: Implications for relapse prevention. *Psychiatry Research*, 200(2), 518-523. doi: 10.1016/j.psychres.2012.04.037
- Castellini, G., Sauro, C. L., Mannucci, E., Ravaldi, C., Rotella, C. M., Faravelli, C., et al. (2011). Diagnostic crossover and outcome predictors in eating disorders according to DSM-IV and DSM-V proposed criteria: a 6-year follow-up study. *Psychosomatic Medicine*, 73(3), 270-279. doi: 10.1097/PSY.0b013e31821b206b
- Castro, J., Toro, J., Salamero, M., & Guimerá, E. (1991). The Eating Attitudes Test: Validation of the Spanish Version. *Evaluación Psicológica*, 7(2) 175-190.
- Collin, P., Karatzias, T., Power, K., Howard, R., Grierson, D., & Yellowlees, A. (2016). Multi-dimensional self-esteem and magnitude of change in the treatment of anorexia nervosa. *Psychiatry Research*, 237, 175-181.
- Cordero, A., Pamos, A. y Seisdedos, N. (2008). Adaptación Española del NEO-FFI. En P.T Costa y R.R McCrae, *Inventario de Personalidad NEO revisado (NEO-PI-R), Inventario NEO reducido de cinco factores (NEO-FFI): manual profesional*. Madrid: TEA.
- Corral, S., González, M., Pereña, J. y Seisdedos, N. (1998). Adaptación española del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria. En D.M. Garner, *EDI-2: Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Manual*. Madrid: TEA.
- Costa, P.T y McCrae, R. R. (2008). *Inventario de Personalidad NEO revisado (NEO-PI-R), Inventario NEO reducido de cinco factores (NEO-FFI): manual profesional*. Madrid: TEA.
- Dada, G. (2014). *Los conflictos cognitivos y la construcción del sí mismo y los otros en los trastornos de la conducta alimentaria*. Tesis doctoral no publicada, Universidad de Barcelona, España.
- Dada, G., Feixas, G., Compañ, V., & Montesano, A. (2012). Self-Construction, Cognitive Conflicts, and Disordered Eating Attitudes in Young Women. *Journal of Constructivist Psychology*, 25(1), 70-89. doi: 10.1080/10720537.2012.629117
- Davies, M. M., Bekker, M. H., & Roosen, M. A. (2011). The role of coping and general psychopathology in the prediction of treatment outcome in eating disorders. *Eating Disorders*, 19(3), 246-258. doi: 10.1080/10640266.2011.566147
- Derogatis, L. R. (2002). *SCL-90-R: cuestionario de 90 síntomas: manual*. Madrid: TEA
- Deumens, R. A., Noorthoorn, E. O., & Verbraak, M. J. (2012). Predictors for treatment outcome of binge eating with obesity: A naturalistic study. *Eating Disorders*, 20(4), 276-287. doi: 10.1080/10640266.2012.689207
- Erol, A., Toprak, G., & Yazici, F. (2001). Predicting factors of eating disorders and general psychological symptoms in female college students. *Turkish Journal of Psychiatry*, 13(1), 48-57.
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York: Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Peveler, R. C., Jones, R., Hope, R. A., & Doll, H. A. (1993). Predictors of 12-month outcome in bulimia nervosa and the influence of attitudes to shape and weight. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 696-698. doi: 10.1037/0022-006X.61.4.696

- Feixas, G. y Cornejo J.M. (1996). *Manual de la técnica de rejilla mediante el programa RECORD V.2.0*. Barcelona: Paidós.
- Feixas, G., & Cornejo, J. M. (2002). Correspondence analysis for grid data [Computer Software]. Barcelona: Psimedia.
- Feixas, G., Montebruno, C., Dada, G., del Castillo, M., & Compañ, V. (2010). Self construction, cognitive conflicts and polarization in bulimia nervosa. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10(3), 445-457.
- Fernández, L. B. y Rodríguez, T. (2003). El cuestionario de actitudes frente al cambio en los trastornos de la conducta alimentaria (ACTA). Desarrollo y propiedades psicométricas. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 31(3), 111-119.
- Fransella, F., & Crisp, A.H. (1979). Comparisons of Weight Concepts in Groups of Neurotic, Normal and Anorexic Females. *British Journal of Psychiatry*, 134, 79-86.
- García-Campayo, J., Sanz-Carrillo, C., Ibañez, J. A., Lou, S., Solano, V., & Alda, M. (2005). Validation of the Spanish version of the SCOFF questionnaire for the screening of eating disorders in primary care. *Journal of Psychosomatic Research*, 59(2), 51-55. doi: 10.1016/j.jpsychores.2004.06.005
- Garner, D. M. (1998). EDI-2: *Inventario de trastornos de la conducta alimentaria*. Madrid: TEA.
- Garner, D.M., & Garfinkel, P.E. (1979). The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9(2), 273-279. doi: 10.1017/S0033291700030762
- Gismero, E. y Godoy, M.A. (2004). Una aproximación constructivista a la anorexia nerviosa: ¿Tienen sentido los síntomas? *Revista de Psicoterapia*, 15(58), 5-32.
- González de Rivera, J. L., de las Cuevas, C., Rodríguez-Abuín, M. y Rodríguez-Pulido, F. (2002). Adaptación española del SCL-90-R. En L-R. Derogatis, *SCL-90-R: cuestionario de 90 síntomas: manual*. Madrid: TEA.
- Helverskov, J. L., Clausen, L., Mors, O., Frydenberg, M., Thomsen, P. H., & Rokkedal, K. (2010). Transdiagnostic outcome of eating disorders: A 30-month follow-up study of 629 patients. *European Eating Disorders Review*, 18(6), 453-463. doi: 10.1002/erv.1025
- Hilbert, A., Bishop, M. E., Stein, R. I., Tanofsky-Kraff, M., Swenson, A. K., Welch, R. R., et al. (2012). Long-term efficacy of psychological treatments for binge eating disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 200(3), 232-237. doi: 10.1192/bjp.bp.110.089664
- Kelly, G. (1955). *The psychology of personal constructs*. New York: Norton. Re-editado por Routledge, London, 2001.
- La Mela, C., Maglietta, M., Lucarelli, S., Mori, S., & Sassaroli, S. (2013). Pretreatment outcome indicators in an eating disorder outpatient group: The effects of self-esteem, personality disorders and dissociation. *Comprehensive Psychiatry*, 54(7), 933-942. doi: 10.1016/j.comppsy.2013.03.024
- Lampard, A. M., Tasca, G. A., Balfour, L. y Bissada, H. (2013). An evaluation of the transdiagnostic cognitive-behavioral model of eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 21(2), 99-107. doi: 10.1002/erv.2214
- Lilienthal, K. R., & Weatherly, J. N. (2013). Understanding the relationships between body esteem, risk for anorexia nervosa, and domain-dependent decision-making impulsivity in a college sample. *Body Image*, 10(4), 558-565. doi: 10.1016/j.bodyim.2013.05.003.
- Lucero, C., Román, F. y Feixas, G. (2012). Aportaciones de la Técnica de Rejilla en la Comprensión de los Trastornos Alimentarios. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 21(2), 149-160.
- Mander, J., Teufel, M., Keifenheim, K., Zipfel, S., & Giel, K. E. (2013). Stages of change, treatment outcome and therapeutic alliance in adult in patients with chronic anorexia nervosa. *BMC Psychiatry*, 13(1), 1-7.
- Mander, J., Wittorf, A., Teufel, M., Schlarb, A., Hautzinger, M., Zipfel, S., et al. (2012). Patients with depression, somatoform disorders, and eating disorders on the stages of change: Validation of a short version of the URICA. *Psychotherapy*, 49(4), 519-527. doi: 10.1037/a0029563.
- Manga, D., Ramos, M., & Morán, C. (2004). The Spanish norms of the NEO Five-Factor Inventory: New data and analyses for its improvement. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4(3), 639-648.
- Ministerio de Sanidad y Consumo de España (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya.
- Morgan, J. F., Reid, F., & Lacey, J. H. (1999). The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *British Medical Journal*, 319, 1467-1468.
- Nordbø, R. H., Espeset, E., Gulliksen, K. S., Skårderud, F., Geller, J., & Holte, A. (2012). Reluctance to recover in anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 20(1), 60-67. doi: 10.1002/erv.1097
- Prochaska, J., & Velicer, W. (1997). The Transtheoretical Model of Health Behavior Change. *American Journal*

- of Health Promotion*, 12(1), 38-48. doi:10.4278/0890-1171-12.1.38
- Roberts, A., & Good, E. (2010). Media images and female body dissatisfaction: The moderating effects of the five-factor traits. *Eating Behaviors*, 11(4), 211-216. doi: 10.1016/j.eatbeh.2010.04.002
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Sánchez, A. J., Herruzo, F. J., & Pino, M. J. (2012). Eating disorder detection through personality traits and self-concept. *Eating and Weight Disorders*, 17(4), 309-313. doi: 10.3275/8755
- Vall, E., & Wade, T.D. (2015). Predictors of treatment outcome in individuals with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 48(7), 946-971.
- van Son, G. E., van Hoeken, D., van Furth, E. F., Donker, G. A., & Hoek, H. W. (2010). Course and outcome of eating disorders in a primary care-based cohort. *International Journal of Eating Disorders*, 43(2), 130-138. doi: 10.1002/eat.20676
- Vázquez, A. J., Jiménez, R. y Vázquez-Morejón, R. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología*, 22(2), 247-255.
- Villaruel, A. M., Penelo, E., Portell, M., & Raich, R. M. (2011). Screening for eating disorders in undergraduate women: Norms and validity of the Spanish version of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33(1), 121-128. doi: 10.1007/s10862-009-9177-6.